

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-762734

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8593

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HABATI HASNAA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 9629

Total des frais engagés : 379,95 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27.02.2023		€3	+300€	INP : 091017193 Professeur BENISSA Nada CHIRURGIEN Suptaux Res Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
79.45	27/02/23	<p>دواء ابن شهور</p> <p>pharmacie EL NOU KATIR</p> <p>M'hamed PERMANE</p> <p>Docteur en Pharmacie</p> <p>TB</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS													
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION													
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS													
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS													
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION													

ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Nadia BENISSA

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca

Chirurgie Générale - Chirurgie des Cancers

Chirurgie Digestive - Chirurgie Coelioscopique

Chirurgie de L'Obésité

الدكتورة نادية بنعيسى

أستاذة سابقة مبرزة بكلية الطب والصيدلة

بالدار البيضاء

الجراحة العامة - جراحة السرطان

جراحة الجهاز الهضمي - الجراحة بالمنظار

جراحة السمنة

Casablanca, le 27.02.2023

Professeur BENISSA Nadia
CHIRURGIEN
40, Rue des Hôpitaux Rés.
les Roseaux N° 6 - Casablanca
Tél : 0522 47 06 05

Nme Habati Hasm



79.95

Oxacitriu 4

14 x 2 p/t 10

LOT/220872
PER/11/2025
PFC/79.95DH

Professeur BENISSA Nadia
CHIRURGIEN
40, Rue des Hôpitaux Rés.
les Roseaux N° 6 - Casablanca
Tél : 0522 47 06 05

79.95

40, زنقة المستشفيات - زاوية زنقة كرو بروي الطابق الثاني - الدار البيضاء -
ICE : 001789333000023
40, Rue des Hôpitaux - Angle Rue Grop Breuil, Résidence les Roseaux 2ème étage - Casablanca
Tél : 0522 47 06 05 - Fax : 0522 47 59 47 - Gsm : 0661 76 80 06 - E-mail : nadiabenissa@hotmail.com